

Corso di formazione docenti

Anno scolastico 2026 - 2027

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome	
Residente a	
Provincia	
Via e numero civico	
Nato/a a	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Numero cellulare	
e-mail	

chiede

di essere ammesso/a a partecipare al corso di formazione per docenti con disabilità visiva
anno scolastico 2026-27

.

Allo scopo dichiara di

aver preso visione del bando di selezione e di accettarne tutte le condizioni.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti Regolamento Europeo (UE) n. 2016/679 (GDPR).

Luogo e data

FIRMA
